Ein Fall

von

Zungenabszess.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hugo Voigt

aus Spandau.

München 1905.

Kgl. Hof-Buchdruckerei Kastner & Callwey.

Ein Fall

von

Zungenabszess.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

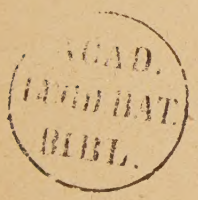
gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig Maximilians-Universität zu München



vorgelegt von

Hugo Voigt
aus Spandau.

München 1905.
Kgl. Hof-Buchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent:

Herr Geheimrat Professor von Angerer.

Meinen lieben Eltern

in

Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549027_0152

Von den vielen Arten der Erkrankung, denen die Zunge ausgesetzt ist, zählt zu den verhältnismässig recht seltenen der Zungenabscess, der nicht sowohl wegen seiner Entstehungsursachen, als auch deswegen Interesse erregt, weil je nach seinem Sitze mehr vorn, nach der Zungenmitte oder mehr hinten gegen den Zungengrund, besonders wenn er in das Bindegewebe unter den Valleculae herabreicht, verschiedene Krankheitsbilder bietet. Die erste Beschreibung derartiger Erkrankungen stammt aus dem Jahre 1877 von Dr. Joseph Pauli, Posen. Er beschreibt zwei Fälle, einen, bei dem sich der Krankheitsprozess 1 Zoll über dem Ligamentum glosso-epiglotticum abspielte, den zweiten, bei dem mehr das Gewebe der Fossa glosso-epiglottica ergriffen war. Seiner Veröffentlichung folgten später mehrere, unter denen die von Gurowitsch, Bar und Lublinski die ausführlichsten und bedeutsamsten sind. Den bereits in der Literatur beschriebenen Fällen soll hier ein neuer zugefügt werden, der in der Münchener Chirurgischen Poliklinik operiert wurde und wegen der Ausdehnung des Krankheitsprozesses, sowie wegen seines eigenartigen Verlaufes interessant ist.

Der Käser Lettl von Tuttling, 52 Jahre alt, schickte am 16. November 1903 an Dr. Peckert

in Grafing einen beschleunigten Hilferuf, da er am Ersticken sei. Beim Besuch zeigte sich hochgradige Dyspnoe, so dass fürs erste die Notwendigkeit einer Tracheotomie ins Auge gefasst wurde. Bei der Untersuchung zeigte sich, so weit die starke Mundsperre eine genauere Exploration zuliess — kaum konnte ein Zungenspatel zwischen die Zahnreihen gepresst werden — recht wenig. Anfangs wurde ein retropharyngealer Abscess von mächtiger Entwicklung vermutet. Bei dem Versuche, durch eine vorhandene Zahnlücke mit einem kleinen Löffelstiel die Zunge niederzudrücken, um einigermassen einen Blick an den vermuteten Krankheitsherd zu bekommen, bekam der Kranke plötzlich heftigste Stickanfälle, und ein Guss stinkenden Eiters entleerte sich aus Mund und Nase. Nach einigen Tagen fühlte sich Patient ganz wohl und konnte den Mund wieder gut öffnen. Jetzt zeigte sich am linken unteren Zungenrande in der Nähe des ersten Molaren eine Fistelöffnung, aus der auf Druck stinkender Eiter kam. Es handelte sich also um einen Zungenabscess.

Auf Vorschlag zur Operation entfernte sich der Kranke aus der Behandlung und kam erst nach einem Jahre wieder, nachdem er bei Pfuschern und angeblich auch bei Aerzten sein Glück versucht und periodische Füllungen und Entleerungen des Abscesses durchgemacht hatte. Die Untersuchung ergab insofern eine Veränderung des Krankheitsbildes, als sich eine Fistelöffnung mitten oben auf dem Zungenrücken, ungefähr $^1/_2$ cm vor den Papillae circumvallatae befand, während die erste völlig geschlossen war. Auf

energische Vorhaltungen entschloss sich der Kranke nun endlich zur sofortigen Operation.

Befund am 8. Oktober 1904:

Die Zunge ist mässig verdickt, die Schleimhaut an der Spitze ohne Besonderheit, hinten leicht gespannt und belegt. Am linken unteren Zungenrande, in der Höhe des ersten Molaren, ist eine kleine, kaum wahrnehmbare Narbe zu erkennen, die Stelle der ursprünglichen Fistel. Auf dem Zungenrücken befindet sich genau im Sulcus medianus ca. $^1/_2$ cm vor den Papillae circumvallatae eine Fistelöffnung, durch die man mit der Sonde ca. 6 cm nach hinten und unten gelangt. Die Gaumenbögen und Plicae glosso-epiglotticae sind lebhaft gerötet, die Valleculae verstrichen, die Epiglottis wenig oedematös, scheinbar etwas in der Bewegung behindert, doch nicht herabgedrückt. Der Kehlkopf selbst zeigt keinerlei pathologische Veränderungen, auch ist die Stimme rein. Dyspnoe besteht nicht. Die Operation wird in Morphium-Chloroformnarkose in sitzender Stellung mit nach vorn geneigtem Kopf vorgenommen. Gegen eine drohende Dyspnoe wurde alles zur Tracheotomie hergerichtet. Die Zunge wird an der Spitze mit starkem Seidenfaden durchnäht und kräftig vorgezogen. Mit dem Thermokauter wird die Fistelöffnung nach hinten erweitert, und es zeigt sich eine grosse, breite Abscesshöhle, die fast bis zum Zungenbein herabgeht und vorn bis ungefähr zur Mitte zwischen Papillae circumvallatae und Zungenspitze reicht. Nach vorn wird die Zunge bis zum Ende der Höhle gespalten, nach hinten bis zum Ansatz des Lig. glosso-

epiglotticum. Nun wird unter sorgfältiger Vermeidung der Arteria lingualis die Zunge vom Boden der eröffneten Höhle in schräger Richtung nach lateral und hinten beiderseits durchbrannt, durch die Oeffnungen werden Gazestreifen gezogen und die Abscesshöhle locker tamponiert. Patient bestand die Operation gut, die obere Wunde heilte in ca. 14 Tagen. Am 18. Tage konnten die Gazestreifen fortgelassen werden. Völlige Heilung nach 21 Tagen.

Die anfänglich rasche Entwicklung der Krankheit, verbunden mit Fieber und grosser Mattigkeit, zeigt, dass es sich hier um einen acuten heissen entzündlichen Prozess handelt. Von Withmann, Faur, Gosselin, de Brun, Gade und Barth wurden 10 Fälle von kalten Abscessen der Zunge beschrieben, eine Krankheit, von der auch Butlin in seinem Werke „Die Krankheiten der Zunge" spricht. Doch sind die Symptome und der Verlauf dieser von denen der heissen so verschieden, dass auf sie hier nicht eingegangen werden soll.

Ich möchte zunächst versuchen, der Frage nach der Aetiologie unseres Krankheitsfalles näher zu treten. Leider kam Patient erst in Behandlung, als der Prozess bereits so weit fortgeschritten war, dass eine genauere Untersuchung unmöglich wurde. Ich bin also hauptsächlich auf Vermutungen angewiesen. Ueber die Entstehungsursachen sind in der Literatur zwei Ansichten vertreten, die je nach dem Ausgangspunkte der jeweiligen Erkrankung verschieden sind. Die Meinung der einen geht dahin, dass der

entzündliche Prozess sich im Anschluss an Traumen, an mechanische Verletzungen durch Fremdkörper entwickelt habe. Die anderen glauben, die Aetiologie durch die anatomische Beschaffenheit der Schleimhaut des Zungengrundes bedingt. Während noch Butlin bei der Besprechung von Glossitis und Hemiglossitis acuta von Entzündungen des Zungengrundes ganz allgemein spricht, die öfter zu Abscedierungen führen, weist Gurowitsch 1892 zum erstenmale auf die pathologische Bedeutung der Zungentonsille bei acut verlaufenden entzündlichen Prozessen der Zungenbasis hin. Er beschreibt die isolierte Tonsillitis lingualis acuta, die bald nur eine, bald beide Zungentonsillen ergreifen kann, ohne dass der Gaumen und Rachen in Mitleidenschaft gezogen werden braucht, und sagt: „Analog wie die Angina phlegmonosa eine Peritonsillitis suppurativa ist, so ist auch die Zungenentzündung eine Peritonsillitis mit dem Unterschiede nur, dass wir in der Zunge eine nur geringe Neigung zur derben Infiltration und zur Eiterung finden. Vielleicht hat das seine Erklärung in der grossen Saftigkeit der Gewebe und dem Reichtum an Gefässen. Analog dem, wie die Crypten der Tonsillen, mit den sich in ihnen abschilfernden und anhäufenden Epithelien, als günstiger Boden zur Fortentwicklung pathogener Mikroorganismen und inficierender Produkte dienen, so könen auch die Lakunen zwischen den verschiedenen Teilen der Zungendrüse als Herde, von welchen die Infektion der umgebenden Teile, die sich in ihrer oedematösen Durchtränkung äussert, betrachtet werden."

Gurowitsch führt dann 13 Fälle von Tonsillitis lingualis an, von denen 2 in Abscedierung übergegangen sind, und die ich hier wiedergeben möchte:

„1) Kadett Serge Beljavin ins Hospital d. 6. VII. 1889 eingetreten. Temp. abends 38,2. Schwellung der linken Seite und der Basis der Zunge, die linke Seite der Tonsilla lingualis stark geschwollen.

7. VII. Temp. 37,0—37,6. Die Zunge an der Basis und die Zungendrüse noch mehr geschwollen.

8. VII. Temp. 37,5—37,8. idem.

9. VII. Die Schwellung ist vorbei. Fühlt sich besser bis zum 17. VII. Es bleibt nur eine kleine Schwellung der Tonsilla lingualis und der linken Seite der Zungenbasis. Dann äussern sich wieder Schmerzen und Schwellung an dieser Stelle, und kam es am 20. VII. zum Aufbruch einer Eiteransammlung an der Basis der linken vorderen Gaumenarkade. Nachdem erholt sich der Kranke und verliess d. 28. VII. gesund das Hospital.

2) Kantor aus einem Dorfe neben Kischineff kam nach Odessa in meine Behandlung. Eine Woche krank. Sprechen und Schlucken unmöglich. Die Zunge ist rot und höckerig. Der Kranke ist erschöpft und fiebert. Allmähliches Schwinden aller Erscheinungen. Es bleibt nur die geschwollene entzündete und hyperaemische Drüse zurück und eine grosse Infiltration der Basis der rechten Zungenhälfte. Eröffnung des Abscesses mit dem Messer, Bepinselung der Drüse mit Jodglycerin. Nach drei Wochen Heilung."

Gurowitsch kommt zu dem Resultat:

„So wie bei Angina phlegmonosa das umgebende Zellengewebe durch Infektion vereitert, so gehen auch die Entzündungsherde der die Zungentonsille umgebenden Teile in Eiterung über, wie wir das an begrenzten Zungenvereiterungen beobachten."

Demgegenüber wurde zuerst 1899 von Caz und dann von W. Lublinski auf die primäre Entzündung des Zellgewebes der Fossa glosso-epiglottica hingewiesen, die zu Abscedierungen im Zungengrund führt, und deren Entstehungsursache sie in mechanischen oder thermischen Insulten suchen zu müssen glaubten. Obgleich beide nur Fälle von isolierter Phlegmone glosso-epiglottica behandeln, das heisst solche, die sich im Zellgewebe zwischen Zungengrund und Epiglottis abspielen, sollen sie doch hier citiert werden, weil, wie der vorliegende Fall beweist, auch Abscedierungen vorkommen, die sich gleichzeitig im Gewebe der Zunge und im Zellgewebe zwischen Zunge und Epiglottis abspielen. Daraus ergibt sich, dass die Aetiologie solcher abscedierenden Entzündungen der Fossa glosso-epiglottica dieselbe sein kann, wie für solche der Zunge selbst. Der eine der von Caz beschriebenen Patienten weiss über die Entstehungsursache der Krankheit keine genaueren Angaben zu machen, der andere glaubt die Erkrankung auf den Genuss zu heissen Tees zurückführen zu können, eine Meinung, der Caz selbst sich nicht anschliessen möchte. Vielmehr glaubt er, der Prozess sei dadurch bedingt, dass die Gegend der

Valleculae leicht mechanischen Insulten durch feste Speisen, Knochensplitter etc. ausgesetzt ist, und dass durch die hierdurch gesetzten kleinen Schleimhautverletzungen Eitererreger eindringen und die Phlegmone verursachen. In den von Lublinski veröffentlichten drei Fällen ist bei einem auch möglicherweise die üble Gewohnheit, Speisen und Getränke sehr heiss zu geniessen, als aetiologisches Moment anzuschuldigen. Ob in diesem Falle eine direkte Reizung durch die Hitze oder die infolge derselben herabgesetzte Sensibilität der Zunge und die verringerte Empfindlichkeit gegen das Eindringen von Fremdkörpern die Schuld getragen haben, wagt Lublinski nicht zu entscheiden. In einem anderen liess die Aussage eines der von ihm behandelten Herren, die im mittleren Lebensalter standen und, den besten Ständen angehörend, den Grund des sehr beschwerlichen Leidens gern selbst eruieren wollten, entnehmen, dass aller Wahrscheinlichkeit nach eine vor einigen Wochen verschluckte Gräte, die aber durch Würgen wieder herausgeschafft wurde, der Erreger der Krankheit gewesen sei.

Bei dem hier beschriebenen Falle war es nicht möglich, irgend etwas, was auf die Entstehungsursache der Krankheit hätte schliessen lassen, aus dem Patienten herauszubekommen. Er will sich weder durch einen Fremdkörper — Knochensplitter, Gräte etc. — verletzt, noch zu heisse Getränke genossen, noch sich sonstigen Schädigungen ausgesetzt haben. Auch über frühere Erkrankungen von Hals, Nase oder Rachen war nichts zu erfahren. Die Krankheit soll vielmehr „aus sich heraus“ entstanden sein.

Es fragt sich nun, wo ist der ursprüngliche Krankheitsherd zu suchen, im Bindegewebe der Fossa glosso-epiglottica oder im Zungengrund, in der Gegend der Zungentonsille.

Caz gibt die Möglichkeit zu, dass ein Eiterherd an der Zungenwurzel sich einen Weg in das Gewebe der Fossa glosso-epiglottica bahnen kann. „Das wäre um so eher anzunehmen, als der Eiterherd an der Zungenwurzel, sich einseitig bildend, die Tendenz zeigt, auf derselben Seite sich auszudehnen, ohne auf die andere Seite überzugehen, da das Septum linguae demselben gewissermassen die Grenze vorschreibt.“ Voraussetzung ist nur, dass Symptome für Glossitis und Tonsillitis praeepiglottica phlegmonosa — Schmerzhaftigkeit der Zunge, stärkere Resistenz derselben und verminderte Beweglichkeit — vorhanden sind. Die Krankheitssymptome des hier beschriebenen Falles stimmen so mit denen überein, die Lublinski beschreibt, dass man geneigt sein möchte, den Ausgangspunkt in dem Bindegewebe unter der linken Vallecula anzunehmen. Im Halse bestand Trockenheitsgefühl, und Patient klagte über leichte Schluckbeschwerden, die allmählich zunahmen. Durst war etwas vermehrt. Später wurde viel Schleim und Speichel abgesondert, und es stellten sich Atembeschwerden ein. Dann begann die Zunge zu schwellen, und ihre Bewegungen und die des Kiefers waren äusserst schmerzhaft. Bemerkenswert ist die Dyspnoe, unter der Patient verhältnismässig frühzeitig zu leiden hatte. Während Gurowitsch bei seinen Fällen von Tonsillitis lingualis phlegmonosa kei-

nen hatte, der zu Dyspnoe führte, während er und Butlin im Gegenteil davon sprechen, dass gerade die Atmung meist nicht gestört ist, weist Lublinski darauf hin, dass bei abscedierenden Entzündungen der Fossa glosso-epiglottica der Kehldeckel herabgedrückt wird und gerade dadurch Dyspnoe verursachen kann, wie es bei unserem Patienten zu sehen war. Wegen der Aehnlichkeit der Krankheitssymptome und besonders deswegen, weil gerade sie charakteristisch für den Sitz des Krankheitsherdes sind, mögen die betreffenden Stellen aus seiner Abhandlung hier angeführt sein. Lublinski schreibt:

„Was die Symptome des Leidens anbetrifft, so geben alle drei Patienten an, dass sie zunächst eine gewisse Unbequemlichkeit beim Schlucken und eine leichte Trockenheit an der erkrankten Stelle empfunden hätten. Dabei war das Allgemeinbefinden zunächst ungestört. Mit der Zunahme der Halsbeschwerden stellte sich eine gewisse Abgeschlagenheit, namentlich abends, Unlust zur Arbeit und Appetitlosigkeit ein, dabei waren die Handteller feucht, die Nächte etwas unruhig. Die Halsschmerzen nahmen in allen Fällen an Intensität zu und zwar in einer Weise, die die Nahrungsaufnahme sehr unangenehm gestaltete. Dabei bestand ein in das Ohr ausstrahlender Schmerz, der sich bei zwei auf das entsprechende Ohr beschränkte, während er bei dem dritten auf den beiden Ohren gefühlt wurde. Gleichzeitig stellte sich eine lästige Schleim- und Speichelabsonderung ein, welche um so unangenehmer war, als durch das Räuspern die Schmerzen auf

der kranken Seite gesteigert wurden. Auch die Sprache wurde undeutlich; sie hatte etwas Klossiges wie bei der phlegmonösen Tonsillitis. Die Zunge selbst war nicht schmerzhaft, dagegen riefen Bewegungen derselben auf der kranken Seite in der Tiefe unangenehme Empfindungen wach. Die Atmung war am Anfang ungestört, nur machte sich, namentlich nachts, beim Schlaf, der natürlich bald gestört war, das Rasseln des Schleimes besonders für die Umgebung recht unangenehm bemerkbar.

Wahre Dyspnoe soll sich in dem einen Falle nachts gezeigt haben, am Tage habe ich dieselbe nicht beobachtet. Eine Entzündung des Rachens war ebensowenig wie eine solche der Tonsillen vorhergegangen."

Wenn es berechtigt wäre, allein aus diesen Krankheitssymptomen den Sitz — im vorliegenden Falle den ursprünglichen Sitz — des Abscesses zu bestimmen, so möchte ich schliessen, dass der erste Krankheitsherd unter der Fossa glosso-epiglottica zu suchen ist. Wäre der Kranke früher in die Behandlung gekommen, so hätte der objektive Befund der laryngologischen Untersuchung die Diagnose gesichert. Eine Entzündung der Zungentonsille ist von einer der Fossa glosso-epiglottica objektiv genau zu differenzieren. Lublinski schreibt darüber:

„Ist die Zungentonsille geschwollen, so ist von den Fossae glosso-epiglott. nichts zu entdecken, da sich die Tonsille fest an die geschwollene Epiglottis legt und die Fossae vollkommen ausfüllt. Nur mit dem Spiegel ist ein Unterschied

zu entdecken, bei der Tonsillitis lingualis das eben beschriebene Bild, bei der Entzündung der Vallaecula sieht man, wie die durch eine graurötliche, glänzende Geschwulst ausgefüllt wird, welche bei der Berührung mit der Sonde ausserordentlich schmerzhaft, sich teigig anfühlt. Zunächst tritt die Geschwulst wenig hervor, später erhebt sie sich immer mehr, deutlich Fluktuation darbietend, legt sich fest einerseits an die Zungentonsille, andererseits an die Epiglottis, die dem Druck nicht widerstehen kann und sich immer weiter über den Kehlkopfeingang legt und zwar in meinen linksseitigen Fällen etwas nach rechts geneigt. Gleichzeitig sieht man, dass die vordere Fläche der Epiglottis geschwollen, ihr freier Rand auf der kranken Seite verdickt ist. Infolge dieser Veränderungen ist auch ihre Beweglichkeit aufgehoben, weder bei der Phonation, noch bei der Respiration war eine auch nur minimale Beweglichkeit derselben zu bemerken. Dass bei immer stärkerer Ausdehnung der Geschwulst der Kehldeckel den Kehlkopfeingang immer mehr überlagert, dass dadurch Dyspnoe und starke Atemnot eintreten wird, wenn der Krankheit kein Einhalt geboten wird, ist selbstverständlich."

Gerade aus dem frühzeitigen Auftreten der Atemnot, die sich schon einstellte, bevor die Zunge selbst zu schwellen begann, und aus der Tatsache, dass die Phonationsmöglichkeit nicht gestört, der Kehlkopf also selbst nicht ergriffen war, möchte ich den Schluss ziehen, dass die linke Fossa glosso-epiglottica der Ausgang des Abscesses war, der von da aus auf die Zunge über-

ging und schliesslich das anfangs geschilderte Bild gab.

Während die Krankheit, als sie zum erstenmale beobachtet wurde, allein auf die linke Seite beschränkt war, zeigten sich nach einem Jahre beide Seiten ergriffen. Das Septum linguae hatte dem Einschmelzungsprozess offenbar auf die Dauer nicht standhalten könen.

Was die Therapie betrifft, so kommt wohl hauptsächlich das blutige Vorgehen in Betracht, eine Behandlungsmethode, die von allen, die darüber geschrieben haben, empfohlen wird. Lublinski empfiehlt bei rechtzeitiger Behandlung die Anwendung der Eiskrawatte, Schlucken von Eisstücken etc., was bei Caz auch in einem Falle Erfolg hatte, nicht jedoch in dem von ihm selbst beschriebenen. Ist jedoch einmal der Prozess soweit vorgeschritten, so dürfte wohl einzig und allein die Operation in Betracht kommen. Hier zeigte sich gerade, wie der Abscess trotz spontanen Durchbruchs des Eiters nicht zur Heilung kommen braucht, vielmehr selbst einen chronischen Verlauf annehmen kann. Die von J. Pauli zuerst angewendete Methode der Eröffnung mit dem Troikart führte zu einem negativen Resultat: Der Abscess füllte sich von neuem und heilte erst nach ausgiebiger Spaltung mit dem gedeckten Messer. Letztere Behandlungsmethode wurde dann fast ausschliesslich geübt und zwar mit bestem Erfolge. Bei tiefsitzenden Abscessen schlug Boeckel ein Verfahren vor, das in einem Vorgehen von der Regio suprahyoidea aus besteht. Boeckel schaffte bei einem Manne von 53 Jah-

ren, der im Anschluss an eine Angina unter stürmischen Erscheinungen eine tiefe phlegmonöse Entzündung der Zunge bekam, dem Eiter dadurch einen Ausweg, dass er ähnlich dem Billroth'schen Schnitt bei der Zungenexstirpation einen 6 cm langen, quer verlaufenden Schnitt oberhalb des Zungenbeins durch die Haut und den Subcutaneus colli führte, dann dem Musc. mylohyoideus in gleicher Richtung durchtrennte und von da aus stumpf bis zum Abscess in die Zungenmuskulatur vordrang. Die bei unserem Falle angewendete Methode hat den Vorteil, dass sie mit nur geringer Blutung ausgeführt werden kann, was bei dem schon an sich recht unübersichtlichen Operationsfelde äusserst angenehm empfunden wurde. Das Anlegen der seitlichen Gegenöffnungen entsprang der Notwendigkeit, die mächtige Abscesshöhle gut zu drainieren und dem reichlichen Eiter möglichst leichten Abfluss zu gewähren. Die Heilung erfolgte auch in verhältnismässig kurzer Zeit.

Zum Schlusse erlaube ich mir, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Ritter v. Angerer für die Uebernahme des Referates und Herrn Professor Dr. Klaussner für die Ueberweisung des Falles und die liebenswürdige Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Benützte Literatur.

J. Pauli: Abscess. Glossoepiglottic. Berl. klin. Wochenschr. 1877, No. 22.

J. Boeckel: Nouveau procédé de débridement des abscès profonds de la base de la langue dans la glossite phlegmoneuse. Gaz. méd. de Strasbourg 1884, No. 11.

H. T. Butlin: Die Krankheiten der Zunge.

Gurowitsch: Zur Pathologie der Zungentonsille im Zusammenhang mit Angina epiglottic. und glossitis acuta. Berl. klin. Wochenschr. 1892, No. 44.

Caz: Phlegmone glossoepiglottica. Archiv für Laryngol. Bd. 8, Heft 2.

Lublinski: Abscedierende Entzündung der Fossa-glossoepiglottica. Deutsche med. Wochenschr. 1899, No. 8.

Cronzillac: Amygdalit linguale phlegmoneuse. Revue de laryngol. 1898, No. 13.

L. Bar: Inflamation d'amygdal linguale. Revue de laryngol. 1897, No. 36.

Lebenslauf.

Ich, Gerhard, Eugen, Hugo Voigt wurde am 14. November 1879 als Sohn des Kaufmanns August Voigt zu Spandau geboren.

Ostern 1886 trat ich in die 3. Vorschulklasse des kgl. Gymnasiums zu Spandau ein und absolvierte Michaelis 1899. Ich studierte 1 Semester in Berlin, 2 in Göttingen und 1 in München Medizin und machte Michaelis 1901 das medizinische Vorexamen. Im folgenden Semester studierte ich in Berlin und die letzten 4 in München, wo ich im Sommer 1904 das Staatsexamen bestand.